

 <p>Réseau SÉCURITÉ Naissance Paca Est-Haute Corse-Monaco <i>Aux portes de la vie</i></p>	PRISE EN CHARGE D'UNE ANÉMIE PENDANT LA GROSSESSE	Protocole obstétrical n°21 version 1 page 1/5
---	--	---

Référence : RSN/PR/REA.O/021/C	Date de 1 ^{ère} mise en service : 14/10/2014
--------------------------------	---

Suivi des modifications			
N° version	Date de la modification	Objet de la modification	Fait par :
1			

Rédaction	Mise à jour	Vérification	Approbation
Nom et fonction Pr BONGAIN Dr AMIEL	Nom et fonction :	Nom et fonction Dr DAVID	Nom et fonction : CMS
Date : 10/10/2014	Date :	Date : 12/10/2014	Date : 14/10/2014
Signature : signé	Signature : signé	Signature : signé	Signature : signé

1 – Définition de l'anémie (selon OMS et CNGOF)

- Hb < 11g/100mL au 1^{er} et 3^{ème} trimestre
- Hb < 10,5g/100mL au 2^{ème} trimestre
- Hb < 10g/100mL en post-partum

Il est nécessaire de faire **le diagnostic de l'anémie au plus tôt dans la grossesse** afin de **pouvoir anticiper** les attitudes thérapeutiques.

Une numération formule plaquette + ferritinémie devrait être réalisée systématiquement : **au premier trimestre et durant le 6^{ème} mois.** (cf protocole obstétrical n°7 : Protocole de surveillance de la grossesse normale)

2 – Signes cliniques de l'anémie

- Pâleur
- tachycardie
- vertiges
- hypotension
- dyspnée d'effort puis de repos
- céphalées.

3 – Conduite à tenir initiale devant une anémie :

Examens complémentaires de première intention

- Réticulocytes
- +/- électrophorèse de l'hémoglobine *selon origine si VGM <75 ou en seconde intention en l'absence de carence martiale*

4 – Prise en charge d'une anémie ferriprive

L'anémie ferriprive représente 90% des anémies.

- **Les éléments diagnostic sont :**
 - Ferritine <12 µg/l ou 30 µg/l si inflammation
 - Microcytaire : VGM < 80
 - Arégénérative : réticulocytes < 100 000/mL

- **Traitement pendant la grossesse :**

- Traitement per os : par spécialités ferriques : la posologie est à adapter en fonction de la dose de fer nécessaire.

Bien informer la patiente de la nécessité de bien prendre le traitement per os afin de prévenir l'aggravation de l'anémie et ainsi éviter une éventuelle transfusion.

- Au premier trimestre : si Hb < 11 g/dl supplémenter en fer per os.
- Au 6^{ème} mois:
 - **Hb < 10,5 g/dL** : supplémentation en fer per os
 - **Hb < 9 g/dL** : fer IV
 - **Hb < 8 g/dL** : discuter une éventuelle transfusion de CGR

- ⇒ **Contrôle de la NFS, ferritinémie et réticulocytes à 4 semaines si traitement martial.**
- ⇒ **Si fer injectable** - **Pas de traitement par fer per os pendant 15 jours après la cure**
- **Contrôle NFS et réticulocytes 4 semaines après la cure**

- Indications à la transfusion

A adapter à la clinique, à discuter avec le médecin réanimateur et la patiente.

- Avant la césarienne quand Hb < 8 g/dL (9 g/dL en cas de grossesse gémellaire)
- Au cours de la grossesse : Hb < 8g/dL ou selon la tolérance clinique
- En post-partum : Hb post-opératoire < 7 g/dL
- En cours d'hémorragie : Hb < 10 g/dL

- Traitement par fers injectables

Les indications du traitement par fer injectable : **anémies ferriprive de la grossesse**

- A proximité du terme quand le traitement per os est insuffisant et le taux d'Hb < 9 g/dL
- Chez une patiente ayant une malabsorption du fer, avec échec du fer per os (by pass, ...)



Ne pas prescrire de fer injectable en l'absence d'une carence martiale avérée.

Au vu des risques anaphylactiques : l'usage du fer injectable est réservé à un usage hospitalier.

(Information ANSM nov 2013 et recommandation ministérielle janvier 2014)

- Vérifier l'absence d'hypersensibilité connue au produit
- **Informé la patiente du risque d'allergie**
- Administration sous surveillance médicale pendant et jusqu'à 30 minutes après chaque administration.
- Disponibilité immédiate d'un personnel formé à la prise en charge des chocs anaphylactiques et des moyens nécessaires pour assurer une réanimation
- Tout effet indésirable doit être déclaré à la pharmacovigilance.

Le risque d'hypersensibilité est accru chez les patientes ayant des allergies connues, des troubles immunitaires ou inflammatoires (lupus, polyarthrite), des ATCD d'asthme sévère, d'eczéma, de terrain atopique.

⇒ **Le bénéfice doit être clairement supérieur au risque potentiel**

 <p>Réseau SÉCURITÉ Naissance Paca Est-Haute Corse-Monaco <i>Aux portes de la vie</i></p>	<p>PRISE EN CHARGE D'UNE ANÉMIE PENDANT LA GROSSESSE</p>	<p>Protocole obstétrical n°21 version 1 page 3/5</p>
---	---	---

Il est recommandé de limiter le traitement au 2^{ème} et 3^{ème} trimestre de la grossesse. Il existe un risque pour le fœtus (anoxie, détresse fœtale) => monitoring fœtal

5 – Prise en charge d'une anémie non ferriprive : Ferritine normale et VGM > 80

- Réalisation d'un bilan complémentaire avec :
 - Schizocytes, fer sérique
 - CRP, ionogramme, créatinémie, LDH, transaminases
 - T4, TSH, haptoglobine
 - Vitamine B12, folates
 - Test de coombs élution, RAI
 - Electrophorèse de l'hémoglobine (si non faite en supra)

- **Prévoir une consultation hématologique**

BIBLIOGRAPHIE :

- 1 – **CNGOF** *Supplémentation au cours de la grossesse RPC* (1997)

- 2 - **OMS.** *Concentrations en hémoglobine permettant de diagnostiquer l'anémie et d'en évaluer la sévérité*, (2011 WHO/NMH/NHD/MNM/11.1)
http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_fr.pdf,

- 3 – **CARO** *Prévention et traitement de l'anémie gravidopuerpérale* (Lille 2011)

- 4 – **HAS** *Choix des examens du métabolisme du fer en cas de suspicion de carence en fer*
Rapport d'évaluation (Mars 2011)

- Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*
(RCP 2007)

- Diagnostic biologique d'une carence en fer* (fiche de bon usage juillet 2011)

Annexe 1 : Modalités d'administration du fer injectable

- Fer Inject®
 - Pour une patiente de plus de 50 Kg :
 - Dose requise : 1000mg de Fer Inject® soit 2 flacons de 10 ml dilués dans 100ml de solutés de NaCl à 0,9% (maxi 250 ml)
 - A administrer en **15 minutes minimum**
 - 30 minutes de surveillance minimum après administration : TA, pouls, état général,... toutes les 10 minutes. Surveillance à noter dans le dossier.
 - Contrôle NFP, réticulocytes 4 semaines après l'administration.
 - Pour une patiente de moins de 50 Kg : **500mg en 2 fois, espacés de 8 jours.**
 - Dose requise : 1 x 500mg de Fer Inject® soit 1 flacon de 10 ml dilué dans 100ml de solutés de NaCl à 0,9% (maxi 250 ml)
 - Renouveler à J8 : 1 x 500mg de Fer Inject® (selon dilution en supra)
 - A administrer en **15 minutes minimum à chaque fois**
 - 30 minutes de surveillance minimum après chaque administration : TA, pouls, état général,... toutes les 10 minutes. Surveillance à noter dans le dossier.
 - Contrôle NFP, réticulocytes 4 semaines après l'administration
- Venofer® : calcul de la dose totale nécessaire

Déficit en fer total (exprimé en mg) = **[poids corporel en kg x (Hb cible-Hb actuelle)en g/100mL]x2,4**
Cf le tableau pour l'aide à la prescription

En général : 3 ampoules à passer en 1H30 minimum à renouveler +/- 48 heures après.

Tableau d'aide à la prescription Venofer®

Calcul de la dose totale nécessaire													
Poids corporel (kg)	(Hb cible - Hb actuelle) (g/100 ml)						(Hb cible - Hb actuelle) (g/100 ml)						
	0,5	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5	5,5	6	
5	0	1	1	1	2	2	2	2	3	3	3	4	ml
10	1	1	2	2	3	4	4	5	5	6	7	7	ml
15	1	2	3	4	5	5	6	7	8	9	10	11	ml
20	1	2	4	5	6	7	8	10	11	12	13	14	ml
25	2	3	5	6	8	9	11	12	14	15	17	18	ml
30	2	4	5	7	9	11	13	14	16	18	20	22	ml
35	2	4	6	8	11	13	15	17	19	21	23	25	ml
40	2	5	7	10	12	14	17	19	22	24	26	29	ml
45	3	5	8	11	14	16	19	22	24	27	30	32	ml
50	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36	ml
55	3	7	10	13	17	20	23	26	30	33	36	40	ml
60	4	7	11	14	18	22	25	29	32	36	40	43	ml
65	4	8	12	16	20	23	27	31	35	39	43	47	ml
70	4	8	13	17	21	25	29	34	38	42	46	50	ml
75	5	9	14	18	23	27	32	36	41	45	50	54	ml
80	5	10	14	19	24	29	34	38	43	48	53	58	ml
85	5	10	15	20	26	31	36	41	46	51	56	61	ml
90	5	11	16	22	27	32	38	43	49	54	59	65	ml
95	6	11	17	23	29	34	40	46	51	57	63	68	ml
100	6	12	18	24	30	36	42	48	54	60	66	72	ml
105	6	13	19	25	32	38	44	50	57	63	69	76	ml
110	7	13	20	26	33	40	46	53	59	66	73	79	ml
115	7	14	21	28	35	41	48	55	62	69	76	83	ml
120	7	14	22	29	36	43	50	58	65	72	79	86	ml
125	8	15	23	30	38	45	53	60	68	75	83	90	ml
130	8	16	23	31	39	47	55	62	70	78	86	94	ml

Annexe 2 :

DIAGNOSTIC DE L'ANEMIE	
<p>Signes cliniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pâleur • tachycardie • vertiges • hypotension • dyspnée d'effort puis de repos • céphalées 	<p>Signes biologiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hb < 11g/100mL au 1^{er} et 3^{ème} trimestre ➤ Hb < 10,5g/100mL au 2^{ème} trimestre ➤ Hb < 10g/100mL en post-partum
<p>Examens complémentaires de première intention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réticulocytes • +/- électrophorèse de l'hémoglobine <i>selon origine si VGM <75 ou en seconde intention en l'absence de carence martiale</i> 	
<p>ANEMIE NON FERRIPRIVE Ferritine normale et VGM > 80</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Prévoir une consultation hématolo ➤ Bilan étiologique : <ul style="list-style-type: none"> ○ Schizocytes, fer sérique ○ CRP, ionogramme, créatinémie, LDH, transaminases ○ T4, TSH, haptoglobine ○ Vitamine B12, folates ○ Test de coombs élution, RAI ○ Electrophorèse de l'hémoglobine (si non faite en supra) 	<p>ANEMIE FERRIPRIVE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ferritine <12 µg/l ou 30 µg/l si inflammation • Microcytaire : VGM < 80 • Arégénérative : réticulocytes < 100 000/mL <p><i>Cf schéma de la stratégie thérapeutique</i></p>

SCHEMA DE LA STRATEGIE THERAPEUTIQUE

	TRAITEMENT PER OS	TRAITEMENT PARENTERAL (Fer IV)	TRANSFUSION
Au 1 ^{er} trimestre	Hb < 11 g/dl Supplémenter en fer per os		
Au 6 ^{ème} mois	Hb < 10,5 g/dL	Hb < 9g/dL	Hb < 8g/dL
En fin de grossesse : à partir de 36 SA		9g/dL < Hb < 10g/dL Si risque hémorragique important Si intolérance au fer per os	Hb < 8g/dL